



2007

**Sistema de vigilancia de los factores de riesgo
conductuales**

Cuestionario

December 18, 2007

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) Cuestionario estatal 2007

Tabla de contenidos

Tabla de contenidos.....	2
Guión para el encuestador / la encuestadora.....	3
Secciones básicas	5
Sección 1: Estado de salud	5
Sección 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relación a la salud.....	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos	6
Sección 4: Actividad física.....	7
Sección 5: Diabetes.....	7
Módulo 3: Diabetes.....	8
Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión	10
Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol.....	10
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares	11
Sección 9: Asma.....	12
Sección 10: Inmunización.....	12
Sección 11: Consumo de tabaco.....	14
Sección 12: Características demográficas	14
Sección 13: Consumo de alcohol.....	19
Sección 14: Discapacidad	20
Sección 16: Artritis.....	20
Sección 16: Frutas y Verduras	21
Sección 17: Actividad física.....	23
Sección 18: VIH/SIDA.....	24
Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	25
Sección 20: Enfermedad gastrointestinal.....	26
Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados.....	26
Módulos opcionales	27
Módulo 1: Selección aleatoria de niños.....	27
Módulo 2: Prevalencia del asma infantil.....	29
Módulo 11: Detección del cáncer colorrectal.....	29
Módulo 12: Antecedentes de asma en adultos	30
Módulo 13: Control de la artritis.....	32
State-Added 1: Secondhand Smoke Policy – From 2006 Module 10	33
State-Added 2: Indoor Air Quality – From 2006 Module 11	35
State-Added 3: Oral Health	36
State-Added 4: Cardiovascular Health – From 2007 Module 6.....	36
State-Added 5: Heart Attack and Stroke – From 2007 Module 8.....	37
State-Added 6: Folic Acid – from 2006 AZ state-added 5.....	38
State-Added 7: Osteoporosis – New questions – went w/2 nd round of notes.....	39
State-Added 8: Pre-Diabetes – New Questions	39
State-Added 9: Violence – from 2007 Modules 17 and 18.....	40
Asthma Follow-up Questions.....	41
Closing Statement	42

Guión para el encuestador / la encuestadora

HOLA, llamo de parte del **(departamento de salud)** y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mi nombre es **(nombre)**. Estamos recopilando información sobre la salud de los residentes de **(estado)**. Su número de teléfono fue seleccionado al azar, y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud.

¿Hablo con el **(número de teléfono)**?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Perdón por la molestia, adiós. **COLGAR**

¿Es ésta una casa de familia?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero por el momento sólo estamos haciendo esta encuesta en casas de familia. **COLGAR**

¿Hablo con un número de teléfono celular?

En caso afirmativo,

Muchas gracias, pero por el momento sólo estamos llamando a teléfonos de línea y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **COLGAR**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su hogar. ¿Cuántos miembros de su familia, incluyéndose a usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

En caso de ser “1”,

¿Es usted el adulto?

En caso afirmativo,

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación (Preguntar el sexo, de ser necesario) **Pase a la página 5.**

En caso negativo,

¿El adulto es un hombre o una mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación.

¿Podría hablar con **[completar con (él/ella) de acuerdo a la pregunta anterior]**? **Pase a “encuestado correcto” en la próxima página.**

¿Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

El miembro de su familia con quien necesito hablar es _____.

En caso de ser “usted”, pase a la página 4

Al encuestado / la encuestada correcta:



HOLA, mi nombre es **(nombre)**. Llamo de parte del **(departamento de salud)** y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de **(estado)**. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para ser encuestado, por lo que desearía hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud .

Secciones básicas

No le preguntaré su **apellido**, dirección ni ninguna otra información personal que pudiera llegar a identificarle. Si hay alguna pregunta que no desee contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me brinde será estrictamente confidencial. Si tiene preguntas acerca de esta encuesta, puedo darle un número de teléfono donde puede llamar para obtener más información.

Se necesitan aproximadamente 20 minutos para completar la encuesta. Se podrá monitorizar la llamada para asegurar la garantía de calidad.

Sección 1: Estado de salud

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es (73)

Por favor, lea:

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular

ó

- 5 Malo

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Sección 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relación a la salud

2.1 Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, ¿en cuántos días durante los últimos 30 días tuvo problemas de salud? (74–75)

- _____ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno.
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

2.2 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿en cuántos días durante los últimos 30 días sintió que su estado de salud mental no era bueno?

(76–77)

- ____ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 ("Ninguno"), pase a la siguiente sección]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

2.3 Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud mental o física le impidieron realizar sus actividades habituales, tales como cuidados personales, trabajo o recreación?

(78-79)

- ____ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagos como los brindados por las HMO (Health Maintenance Organizations, u Organizaciones de Mantenimiento de la Salud), u otros planes gubernamentales como Medicare?

(80)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

3.2 ¿Hay alguna persona en particular a la que usted considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica?

En caso negativo, pregunte: "¿Hay más de una, o no hay ninguna persona a la que considere como su médico de cabecera o proveedor de atención médica?"

(81)

- 1 Sí, sólo una
- 2 Más de una
- 3 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

3.3 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas?

(82)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

3.4 ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

- 1 En el último año (hace entre 1-12 meses)
- 2 En los últimos dos años (hace entre 1-2 años)
- 3 En los últimos 5 años (hace entre 2-5 años)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

Sección 4: Actividad física

4.1 En el último mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio, como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería? (84)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Sección 5: Diabetes

5.1 ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes?

Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”

Si el encuestado / la encuestada contesta que le habían diagnosticado prediabetes (“borderline diabetes”), utilice el código de respuesta 4.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o diabetes limítrofe.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 3: Diabetes

Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta básica 5.1. (código =1) fue afirmativa.

Mod3_1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (244–245)

- ___ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]
 9 8 No sabe / No está seguro/a
 9 9 Se niega a contestar

Mod3_2. ¿Está tomando insulina? (247)

- 1 Sí
 2 No
 9 Se niega a contestar

Mod3_3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (247)

- 1 Sí
 2 No
 7 No sabe / No está seguro/a
 9 Se niega a contestar

Mod3_4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico. (248–250)

- 1 __ Veces por día
 2 __ Veces por semana
 3 __ Veces por mes
 4 __ Veces por año
 8 8 8 Nunca
 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 9 Se niega a contestar

Mod3_5. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico. (251–253)

- 1 __ Veces por día
 2 __ Veces por semana
 3 __ Veces por mes
 4 __ Veces por año
 8 8 8 Nunca
 5 5 5 No tiene pies
 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 9 Se niega a contestar

Mod3_6. ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que tardó más de cuatro semanas en sanar? (254)

- 1 Sí
 2 No
 7 No sabe / No está seguro/a

9 Se niega a contestar

Mod3_7. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses?

(255–256)

— — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
 8 8 Ninguna
 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 Se niega a contestar

Mod3_8. La prueba “A1C” mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces ha controlado un médico, enfermera u otro profesional de la salud su “A-uno-C” en los últimos 12 meses?

(257–258)

— — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
 8 8 Ninguna
 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba “A-uno-C”.
 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la P5=555 (no tiene pies), pase a la P10.

Mod3_9. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación?

(259–260)

— — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
 8 8 Ninguna
 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 Se niega a contestar

Mod3_10. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(261)

Lea sólo si es necesario:

1 En el último mes (en cualquier momento en el último mes)
 2 En el último año (hace más de un mes pero menos de 12 meses)
 3 En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2)
 4 Hace 2 años o más
 8 Nunca

No lea:

7 No sabe / No está seguro/a
 9 Se niega a contestar

Mod3_11. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía?

(262)

1 Sí
 2 No
 7 No sabe / No está seguro/a
 9 Se niega a contestar

Mod3_12. ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes?

(263)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión

- 6.1** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía presión arterial alta? (86)

Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo **[Pase a la siguiente sección]**
- 3 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 4 Dijo que su presión arterial estaba en el límite entre normal y alta (borderline) o que tenía prehipertensión **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

- 6.2** ¿Está tomando actualmente algún medicamento para la presión arterial alta? (87)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol

- 7.1** El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. **¿Alguna vez controló sus niveles de colesterol en sangre?** (88)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

7.2 ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un control de los niveles de colesterol en sangre? (89)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento durante de los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

7.3 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía niveles altos de colesterol en sangre? (90)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de las enfermedades cardiovasculares.

¿ALGUNA VEZ algún médico, enfermera, u otro profesional de la salud le informó que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "sí", "no", o "no estoy seguro".

8.1 ¿(Alguna vez le informaron) que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (91)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

8.2 ¿(Alguna vez le informaron) que había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

- 8.3** ¿(Alguna vez le informaron) que usted había sufrido un derrame cerebral? (93)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 9: Asma

- 9.1** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (94)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
- [Pase a la siguiente sección]**
[Pase a la siguiente sección]
[Pase a la siguiente sección]

- 9.2** ¿Aún tiene asma? (95)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 10: Inmunización

- 10.1** La vacuna contra la gripe es una inmunización contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿se ha vacunado contra la gripe? (96)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- 10.2** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce también como FluMist™. (97)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

10.3 La vacuna contra la neumonía, o vacuna neumocócica, suele inyectarse una o dos veces en la vida de una persona y es distinta de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la neumonía? (98)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

10.4 ¿ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (99)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: La respuesta es “Sí” únicamente si el encuestado ha recibido la serie completa de tres dosis.

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

La siguiente pregunta se refiere a conductas de riesgo asociadas a la Hepatitis B

10.5 Por favor dígame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUÁL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde:

Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulación
Ha tenido sexo con un hombre que tuvo sexo con otro hombre, incluso una sola vez
Se ha inyectado drogas que se venden en la calle, incluso si fue sólo una vez
Tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, incluso si fue sólo una vez
Obtuvo un resultado positivo en una prueba del VIH
Tuvo relaciones sexuales (incluso si fue sólo una vez) con alguien que podría haber contestado "sí" a cualquiera de estas afirmaciones
Durante el año pasado tuvo relaciones sexuales con dos o más personas diferentes

¿Alguna de las frases anteriores se aplica en su caso?

(100)

- 1 **Sí, al menos una de las frases se aplica**
- 2 **No, ninguna de estas frases se aplica.**
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Sección 11: Consumo de tabaco

11.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (101)

NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

11.2 Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (102)

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | A veces | |
| 3 | Nunca | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

11.3 En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (103)

- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Sección 12: Características demográficas

12.1 ¿Qué edad tiene? (104–105)

- | | | |
|-----|----------------------------|--|
| ___ | Codifique la edad en años | |
| 0 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 0 9 | Se niega a contestar | |

12.2 ¿Es usted hispano/a o latino/a? (106)

- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

12.3 ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría que es el grupo étnico al que usted pertenece? (107–112)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska

U

- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P12.3, continúe. De no ser así, pase a la P12.5

12.4 ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del suyo? (113)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] _____
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

12.5 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o en la unidad de reserva militar? *Estar en servicio activo no incluye haber realizado el entrenamiento en la Reserva del Ejército o en la Guardia Nacional, pero Sí incluye haber sido llamado a servicio activo, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico*

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

- 12.6** ¿Usted...? (115)
- Por favor lea:**
- 1 Está casado/a
 - 2 Está divorciado/a
 - 3 Es viudo/a
 - 4 Está separado/a
 - 5 Nunca se ha casado
 - 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a
- No lea:**
- 9 Se niega a contestar
- 12.7** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (116–117)
- ____ Cantidad de niños
- 8 8 Ninguno.
 - 9 9 Se niega a contestar
- 12.8** ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado? (118)
- Lea sólo si es necesario:**
- 1 Nunca fue a la escuela o sólo recibió educación preescolar.
 - 2 De 1º a 8º grado (Primaria)
 - 3 Del 9º al 11º grado (educación secundaria incompleta)
 - 4 12º grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educación General (Graduado/a de la escuela secundaria)
 - 5 De 1 a 3 años de Universidad (algún tipo de educación universitaria o técnica de nivel terciario)
 - 6 4 ó más años de Universidad (Graduado/a universitario/a)
 - 9 Se niega a contestar
- 12.9** Actualmente, ¿usted...? (119)
- Por favor lea:**
- 1 Es empleado/a asalariado/a
 - 2 Es trabajador(a) independiente
 - 3 Está desempleado/a desde hace más de 1 año
 - 4 Está desempleado/a desde hace menos de 1 año
 - 5 Realiza las tareas del hogar
 - 6 Es estudiante
 - 7 Está jubilado/a
 - ó
 - 8 Está incapacitado/a para trabajar
- No lea:**
- 9 Se niega a contestar
- 12.10** Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son--- (120–121)

Si el encuestado / la encuestada responde que “no” a todos los niveles de ingresos, indique código “99” (Se niega a contestar)

Lea sólo si es necesario:

- 04 Menores a \$25.000 **En caso negativo, pregunte 05; en caso afirmativo, pregunte 03**
(entre \$20.000 y \$25.000)
- 03 Menores a \$20.000 **En caso negativo, pregunte 04; en caso afirmativo, pregunte 02**
(entre \$15.000 y \$20.000)
- 02 Menores a \$15.000 **En caso negativo, pregunte 03; en caso afirmativo, pregunte 01**
(entre \$10.000 y \$15.000)
- 01 Menores a \$10.000 **En caso negativo, código 02**
- 05 Menores a \$35.000 **En caso negativo, pregunte 06**
(entre \$25.000 y \$35.000)
- 06 Menores a \$50.000 **En caso negativo, pregunte 07**
(entre \$35.000 y \$50.000)
- 07 Menores a \$75.000 **En caso negativo, código 08**
(entre \$50.000 y \$75.000)
- 08 \$75.000 ó más

No lea:

- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Se niega a contestar

12.11 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(122–125)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 122.

Redondee los decimales hacia arriba

___ de peso (libras/kilos)
 7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 9 9 Se niega a contestar

12.12 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

(126–129)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 126.

Redondee los decimales hacia abajo

___ de estatura (pies/ pulgadas/ metros/ centímetros)
 7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 9 9 Se niega a contestar

12.13 ¿Cuánto pesaba hace un año? (Si hace un año estaba embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?)

(130-133)

Nota: Si el encuestado responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 130.

Redondee los decimales hacia arriba

— — — —	Peso (libras/kilos)
7 7 7 7	No sabe / No está seguro
9 9 9 9	Se niega a contestar

Nota CATI: Al peso actual réstele el peso que el encuestado tenía hace un año. Si el peso es el mismo, saltee la pregunta 12.14

12.14 ¿La diferencia entre su peso actual y el peso que tenía hace un año fue intencional? (134)

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro
9	Se niega a contestar

12.15 ¿En que condado vive? (135–137)

— — — —	Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9	Se niega a responder

12.16 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (138-142)

— — — — —	Código postal
7 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9 9	Se niega a contestar

12.17 ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que sólo se utilicen para una computadora o un fax. (143)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P12.19]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P12.19]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P12.19]

12.18 ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (144)

—	Números de teléfono particulares [6=6 ó más]
7	No sabe / No está seguro/a
9	Se niega a contestar

12.19 En los últimos 12 meses, ¿su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 ó más semanas? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales. (145)

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro/a
9	Se niega a contestar

12.20 Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte sólo si es necesario. (146)

1	Masculino	[Pase a la siguiente sección]
2	Femenino	[Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección]

- 12.21** Que usted sepa, ¿está embarazada? (147)
- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está segura | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Sección 13: Consumo de alcohol

- 13.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)? (148)

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 13.2** En los últimos 30 días, ¿en cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (149–151)

- | | | |
|-------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | _____ Días por semana | |
| 2 | _____ Días en los últimos 30 días | |
| 8 8 8 | Ningún trago en los últimos 30 días | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 9 | Se niega a contestar | |

- 13.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (152-153)

- | | | |
|-----|----------------------------|--|
| __ | Cantidad de tragos | |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |

- 13.4** Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcohólica, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió 5 ó más tragos en la misma oportunidad? (154–155)

- | | | |
|-----|----------------------------|--|
| __ | Cantidad de veces | |
| 8 8 | Ninguna | |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |

- 13.5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma oportunidad? (156–157)

- | | | |
|-----|----------------------------|--|
| __ | Cantidad de tragos | |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |

Sección 14: Discapacidad

Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles problemas de salud o limitaciones.

- 14.1** ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (158)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar
- 14.2** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, o una cama o un teléfono especial? (159)
- Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias específicas.**
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

Sección 16: Artritis

Las siguientes preguntas se refieren a sus articulaciones. Por favor, **NO** incluya la espalda ni el cuello.

- 15.1** En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulación? (160)
- 1 Sí
2 No [Pase a la P15.4]
7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la P15.4]
9 Se niega a contestar [Pase a la P15.4]
- 15.2** ¿Los primeros síntomas en sus articulaciones comenzaron hace más de tres meses? (161)
- 1 Sí
2 No [Pase a la P15.4]
7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la P15.4]
9 Se niega a contestar [Pase a la P15.4]
- 15.3** ¿Alguna vez consultó a algún médico u a otro profesional de la salud a causa de estos síntomas en las articulaciones? (162)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

- 15.4** ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud, le informó que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (163)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Nota para el encuestador / la encuestadora: Los diagnósticos de artritis incluyen:

- reumatismo, polimialgia reumática
- osteoartritis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanetes, codo de tenista
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección de las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante, espondilosis
- Tendinitis del manguito rotador
- Enfermedad del tejido conectivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de las células gigantes, púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatosis de Wegener, polioarteritis nodosa)

Nota CATI: Si P15.2=1 (Sí) o si P15.4=1 (Sí), continúe. De no ser así, pase a la siguiente sección.

- 15.5** ¿Se encuentra actualmente limitado/a de cualquier manera para realizar cualquiera de sus actividades habituales debido a la artritis o a síntomas en las articulaciones? (164)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA: Si el encuestado / la encuestada hace alguna pregunta vinculada a los medicamentos que está tomando, el encuestador / la encuestadora debe responder: “Por favor, conteste la pregunta de acuerdo a cómo se siente cuando está tomando cualquiera de los medicamentos o tratamientos habituales”.

Sección 16: Frutas y Verduras

Las siguientes preguntas se refieren a las cosas que usted suele comer o beber. Por favor dígame con qué frecuencia come o bebe cada una de las siguientes cosas, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde que solamente estoy interesado en los alimentos y las bebidas que *usted* consume. Incluya todos los alimentos que *usted* ingiera, tanto dentro como fuera de su casa.

- 16.1** ¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, pomelo o tomate? (165-167)
- | | |
|------|----------------------------|
| 1 __ | Por día |
| 2 __ | Por semana |
| 3 __ | Por mes |
| 4 __ | Por año |
| 5 5 | Nunca |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |

- 16.2** Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come fruta? (168-170)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 16.3** ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (171-173)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 16.4** ¿Con qué frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas "chips"? (174-176)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 16.5** ¿Con qué frecuencia come zanahorias? (177-179)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 16.6** Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras suele comer? (Ejemplo: Una porción de verduras al almuerzo y una a la cena serían dos porciones.) (180-182)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar

Sección 17: Actividad física

Nota CATI: Si la respuesta a la P12.9 básica = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente) continúe. En caso contrario pase a la P17.2.

17.1 Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que... (183)

Si el encuestado / la encuestada tiene varios trabajos, inclúyalos todos.

Por favor lea:

- 1 Está sentado/a o de pie la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Realiza trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo físico la mayor parte del tiempo.

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Por favor lea:

Estamos interesados en dos tipos de actividad física: enérgica y moderada. Las actividades enérgicas aceleran en gran medida la respiración y el ritmo cardíaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeño aumento de los mismos.

17.2 Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [diga “cuando no está trabajando” si el encuestado / la encuestada está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar tareas de jardinería o cualquier otra actividad que pueda acelerar el ritmo respiratorio o cardíaco? (184)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P17.5]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P17.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P17.5]**

17.3 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos? (185-186)

- __ __ Días por semana
- 8 8 No realiza ninguna actividad física moderada durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la P17.5]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P17.5]**
- 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la P17.5]**

17.4 Los días en que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (187-189)

- _: _ Horas y minutos por día
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

17.5 Considerando las actividades intensas que usted realiza [complete con “cuando no está trabajando” si está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos,

como correr, hacer ejercicios aeróbicos, trabajos pesados en el jardín o cualquier otra actividad que pueda provocar un gran aumento en el ritmo respiratorio o cardíaco? (190)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

17.6 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos? (191-192)

- __ __ Días por semana
- 8 8 No realiza ninguna actividad física intensa durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

17.7 En los días en que realiza actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (193-195)

- _: __ Horas y minutos por día
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

Sección 18: VIH/SIDA

{Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 65 años o más, pase a la sección siguiente.}

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Si bien le preguntaremos si se ha realizado exámenes, no le preguntaremos sobre los resultados de ninguno de ellos.

18.1 ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No tenga en cuenta las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (196)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P19.4]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P19.4]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P19.4]**

18.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la última prueba de VIH? (197-202)

NOTA: Si la respuesta es anterior a enero de 1985, codifique "no sabe."

- __ / __ Codifique mes y año
- 7 7 7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 9 9 9 Se niega a contestar

18.3 ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en su hogar o en algún otro lugar?

- 01 Médico particular o HMO
- 02 Centro de asesoramiento y control
- 03 Hospital
- 04 Clínica
- 05 Cárcel o prisión (u otra institución correccional)
- 06 Centro para tratamiento de adicción a drogas
- 07 En su hogar
- 08 En algún otro lugar
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Se niega a contestar

{Nota CATI: Formule la P21.4; Si P21.2 = en los últimos 12 meses.}

- 18.4** ¿Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas? (205)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y al grado de satisfacción con respecto a su vida actual.

- 19.1** ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (206)
- Por favor lea:**
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 En ocasiones
 - 4 Rara vez
 - 5 Nunca
- No lea:**
- 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
- 19.2** En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida? (207)
- Por favor lea:**
- 1 Muy satisfecho/a
 - 2 Satisfecho/a
 - 3 Insatisfecho/a
 - 4 Muy insatisfecho/a
- No lea:**
- 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 20: Enfermedad gastrointestinal

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre cualquier episodio de diarrea que haya tenido y sobre la atención médica que recibió para tratar la enfermedad diarreica.

20.1 En los últimos 30 días, ¿tuvo diarrea que comenzara dentro de esos 30 días? *La diarrea se define como 3 o más deposiciones o evacuaciones intestinales blandas en un período de 24 horas.* (208)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]
- 7 No sabe / No está seguro [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]
- 9 Se niega a contestar [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]

20.2 ¿Consultó personalmente a algún médico, enfermera u otro profesional de la salud debido a esta enfermedad diarreica?

Nota: No responda "Sí" si sólo tuvo contacto telefónico con un profesional de la salud. (209)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]
- 7 No sabe / No está seguro [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]
- 9 Se niega a contestar [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]

20.3 Cuando visitó a ese profesional de la salud, ¿llevó una muestra de heces para analizar? (210)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]
- 7 No sabe / No está seguro [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]
- 9 Se niega a contestar [Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]

Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados

Párrafo de cierre

Por favor lea:

Esta fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán para brindarnos información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

ó

Transición a módulos y/o preguntas adicionales

Por favor lea:

Por último, le haré unas pocas preguntas más acerca de otros temas relacionados a la salud.

Módulos opcionales

Módulo 1: Selección aleatoria de niños

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 =88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en el hogar o se niega a contestar) pase a la siguiente Módulo.

Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 =1, Encuestador/a, por favor lea: “Anteriormente usted mencionó que en su hogar había un niño / una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre él.” **[Pase a la P1]**

Si la pregunta básica 12.7 >1 y la pregunta básica 12.7 no es 88 ni 99, Encuestador por favor lea: “Anteriormente usted mencionó que en su hogar había [cantidad] niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño / la niña mayor es el primero / la primera y el/la menor es el último / la última.” Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

INSTRUCCIÓN CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. Este es el niño número “X”. En todas las preguntas que figuran a continuación, sustituya la “X” por el número correspondiente al niño elegido.

Encuestador/a, por favor lea:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el “X^o” **[CATI: por favor complete con el número correspondiente]** de los niños que viven en su hogar. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al “X^o” niño. **[CATI: por favor complete]**”

Mod1_1. ¿En qué mes y año nació el “X^o” niño?

(226-231)

__ / __ __ __	Codifique mes y año
7 7 / 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 / 9 9 9 9	Se niega a contestar

INSTRUCCIÓN CATI: Calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también en años (EDADNIÑO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento, tomando como valor para el día de nacimiento el 15. Si el niño seleccionado tiene más de 12 meses, ingrese la cantidad de meses en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene 12 meses o menos, ingrese la cantidad de meses en EDADNIÑO1 y escriba en EDADNIÑO2= TRUNCO (EDADNIÑO1/12).

Mod1_2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña?

(232)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

- Mod1_3.** ¿Es el niño / la niña hispano/a o latino/a? (233)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- Mod1_4.** ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es el grupo étnico del niño / de la niña? (234-239)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- U**
- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P4, continúe. De no ser así, pase a la P6.

- Mod1_5.** ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del grupo étnico del niño / de la niña? (240)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otros
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

- Mod1_6.** ¿Qué relación tiene usted con el niño / la niña? (241)

Por favor lea:

- 1 Padre o madre, biológicos o adoptivos, madrastra o padrastro.
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre sustituto/a o tutor [que no sea padre ni abuelo]
- 4 Hermano/a biológico/a o adoptivo/a
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 2: Prevalencia del asma infantil

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 es “00” o “88” (ninguna) o “99” (se niega a responder), pase al módulo siguiente.

- Mod2_1.** ¿En alguna ocasión, algún médico u otro profesional de la salud le informó que el niño // la niña “X^{a/o}” tenía asma? (242)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase al módulo siguiente] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase al módulo siguiente] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase al módulo siguiente] |

- Mod2_2.** ¿El niño aún tiene asma? (243)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 11: Detección del cáncer colorrectal

{Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 49 años o más, pase al Módulo 12. }

- Mod11_1.** La prueba de sangre en las heces es una prueba que puede hacerse con un dispositivo de test especial para uso en el hogar, a fin de detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se hizo esta prueba utilizando un dispositivo de test de uso doméstico? (324)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P3] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P3] |

- Mod11_2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de test de uso doméstico? (325)

Lea sólo si es necesario:

- | | |
|---|---|
| 1 | En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2) |
| 3 | En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5) |
| 4 | Hace 5 años o más |

No lea:

- | | |
|---|----------------------------|
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

- Mod11_3.** La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos a fin de detectar señales de cáncer u otros trastornos de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (326)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase al módulo siguiente] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase al módulo siguiente] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase al módulo siguiente] |

- Mod11_4.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (327)
- Lea sólo si es necesario:**
- | | |
|---|---|
| 1 | En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2) |
| 3 | En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5) |
| 4 | En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10) |
| 5 | Hace 10 años o más |
- No lea:**
- | | |
|---|----------------------------|
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

- Mod11_5.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (328)
- Lea sólo si es necesario:**
- | | |
|---|---|
| 1 | En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2) |
| 3 | En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5) |
| 4 | En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10) |
| 5 | Hace 10 años o más |
- No lea:**
- | | |
|---|----------------------------|
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 12: Antecedentes de asma en adultos

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 9.1 es afirmativa, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

Usted dijo anteriormente que un médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía asma.

- Mod12_1.** ¿Qué edad tenía cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó por primera vez que usted tenía asma? (329–330)
- | | |
|----|--|
| -- | Edad en años 11 ó más [96 = 96 y más] |
| 7 | 10 años o menos |
| 8 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

{Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 9.2 es afirmativa, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.}

- Mod12_2.** ¿Ha tenido algún episodio o ataque de asma en los últimos 12 meses? (331)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P7] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P7] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P7] |
- Mod12_3.** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, enfermera u otro especialista de la salud para hacerse un chequeo de rutina del asma? (332–333)
- | | |
|-----|--|
| -- | Cantidad de veces [87 = 87 ó más] |
| 8 8 | Ninguna |
| 9 8 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |
- Mod12_4.** **[Si la respuesta a la P3 es una o más veces, agregue: “Exceptuando los chequeos de rutina,”]** ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencia u otro centro de atención de urgencia debido al asma? (334–335)
- | | |
|-----|--|
| -- | Cantidad de veces [87 = 87 ó más] |
| 8 8 | Ninguna |
| 9 8 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |
- Mod12_5.** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, enfermera u otro especialista de la salud para hacerse un chequeo de rutina para el asma? (336–337)
- | | |
|-----|--|
| ___ | Cantidad de veces [87 = 87 ó más] |
| 8 8 | Ninguna |
| 9 8 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |
- Mod12_6.** ¿Cuántos días en los últimos 12 meses debió ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma? (338–340)
- | | |
|-------|----------------------------|
| -- | Cantidad de días |
| 8 8 8 | Ninguno |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |
- Mod12_7.** En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? Diría que: (341)
- Por favor lea:**
- | | | |
|---|---|-----------------------|
| 8 | Nunca | [Pase a la P9] |
| 1 | Menos de una vez por semana | |
| 2 | Una o dos veces por semana | |
| 3 | Más de 2 veces por semana, pero no todos los días | |
| 4 | Todos los días, pero no en forma constante | |
| ó | | |
| 5 | Todos los días, en forma constante | |
- No lea:**
- | | |
|---|----------------------------|
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
|---|----------------------------|

9 Se niega a contestar

Mod12_8. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días los síntomas del asma le impidieron o le dificultaron dormir? Diría usted que:

(342)

Por favor lea:

- 8 Ninguno
- 1 Uno o dos
- 2 Tres o cuatro
- 3 Cinco
- 4 De seis a diez

ó

- 5 Más de diez

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Mod12_9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó un medicamento de venta bajo receta como forma de EVITAR un ataque de asma?

(343)

Por favor lea:

- 8 Nunca
- 1 De 1 a 14 días
- 2 De 15 a 24 días
- 3 De 25 a 30 días

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Mod12_10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador de venta bajo receta, DURANTE UN ATAQUE DE ASMA, para detenerlo?

(344)

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: La frecuencia (cantidad de veces) NO significa la cantidad de inhalaciones (descargas). En general, cada vez que se utiliza el inhalador se realizan de dos a tres descargas.

Lea sólo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya a las personas que no hayan tenido ataques en los últimos 30 días)
- 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)
- 2 De 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)
- 3 De 15 a 29 veces (en los últimos 30 días)
- 4 De 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)
- 5 De 60 a 99 veces (en los últimos 30 días)
- 6 Más de 100 veces (en los últimos 30 días)

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 13: Control de la artritis

{Nota CATI: Si las respuestas a las preguntas básicas 15.2 o 15.4 =1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.}

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Lea la parte subrayada de la P1 únicamente si este módulo no sigue inmediatamente después de la Sección Básica 16, Artritis.

Mod13_1. Anteriormente usted dijo que padecía artritis o que presentaba síntomas de problemas en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o de problemas en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes opciones describe su situación **actual** de forma más acertada? (345)

Por favor lea:

- 1 Puedo hacer todo lo que deseo
- 2 Puedo hacer la mayoría de las cosas que deseo hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que deseo hacer
- 4 Prácticamente no puedo hacer nada de lo que desearía hacer

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Mod13_2. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó que adelgazara para aliviar los síntomas de artritis o de otros problemas en las articulaciones? (346)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Mod13_3. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó hacer actividad física o ejercicio para aliviar las molestias vinculadas a la artritis o a otros problemas en las articulaciones? (347)

Nota: Si el encuestado / la encuestada no está seguro/a acerca de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, aclárele que significa "aumentar".

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Mod13_4. ¿Alguna vez ha tomado algún curso o ha asistido a alguna clase educativa para aprender a controlar los problemas vinculados a la artritis u otros síntomas de problemas en las articulaciones? (348)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

State-Added 1: Secondhand Smoke Policy – From 2006 Module 10

AZ1_1 Cual de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en ningún lugar dentro de la casa
- 2 Se permite fumar únicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa
- o
- 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

{CATI note: If response to Core Q12.9 = 1 (Employed) or 2 (Self-employed), continue. Otherwise, go to next section.}

AZ1_2 Trabaja normalmente en ambientes cerrados?

- 1 Yes
- 2 No **[Go to AZ2_1]**
- 7 Don't know/Not sure **[Go to AZ2_1]**
- 9 Refused **[Go to AZ2_1]**

AZ1_3 Cual de las siguientes opciones describe mejor la politica de su lugar de trabajo acerca de fumar en ambientes cerrados o areas comunes como corredores, banos y comedores?

[Nota: En el caso de personas cuyo trabajo consiste en visitar clientes o que trabajan en su casa, "lugar de trabajo" significa su ubicacion base. En el caso de trabajadores independientes que trabajan en su casa, la politica oficial sobre fumar significa las reglas del hogar.]

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en lugares publicos
- 2 Se permite fumar en algunos lugares publicos
- 3 Se permite fumar en todos los lugares publicos
- o
- 4 No hay politica oficial

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

AZ1_4 Cual de las siguientes opciones describe mejor la politica oficial de su lugar de trabajo respecto a fumar en las areas de trabajo?

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en las areas de trabajo
- 2 Se permite fumar en algunas areas de trabajo
- 3 Se permite fumar en todas las areas de trabajo
- o
- 4 No hay politica oficial

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

State-Added 2: Indoor Air Quality – From 2006 Module 11

Las siguientes cinco preguntas tratan sobre la calidad del aire en su hogar.

[Nota: Hogar significa el domicilio principal del encuestado / de la encuestada.]

AZ2_1 El sistema de calefaccion en su hogar consiste en un horno o caldera que quema petroleo, gas, carbon u otro tipo de combustible?

[Interviewer Note: Lea solo en caso de ser necesario: No incluya incineradores o calderas totalmente electricos.]

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ2_2 Tiene en su hogar alguno de los siguientes aparatos que utilicen como combustible el gas natural: una cocina, un horno, un calentador de agua o un secador de ropa?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ2_3 En los ultimos 12 meses, en cuantos dias ha utilizado una estufa a carbon, estufa a lena o calentador a base de kerosen dentro de su casa?

[Note: If response is 777 (Don't know/Not sure) probe for approximate number of days.]

- __ __ Number of days
- 5 5 5 Do not have
- 8 8 8 None
- 7 7 7 Don't know / Not sure
- 9 9 9 Refused

AZ2_4 Un detector de monoxido de carbono (detector de CO) es un detector que controla el nivel de monoxido de carbono en el aire de su hogar. No es un detector de humo. Tiene un detector de CO en su hogar?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ2_5 En este momento, su casa tiene areas de moho de un tamano mayor al de un billete de un dolar?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 3: Oral Health

AZ3_1 ¿Tiene algún tipo de seguro, por ejemplo seguro dental, planes prepagos tales como HMO, planes del gobierno como Medicaid o AHCCCS, que cubra una parte o la totalidad de su atención odontológica de rutina?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ3_2 ¿Ha recibido alguna vez atención odontológica en otro país? NO incluya la atención odontológica recibida en bases militares.

- 1 Yes
- 2 No **[Go to AZ4_1]**
- 7 Don't know/Not **[Go to AZ4_1]**
- 9 Refused **[Go to AZ4_1]**

AZ3_3 ¿En qué país o países recibió atención odontológica?

- 1 Canada
- 2 Mexico
- 3 Other country/countries
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ3_4 ¿Cuál fue el motivo principal por el cual recibió atención odontológica?

- 1 Bajo costo
- 2 Vivía en ese país en ese momento
- 3 Comodidad
- 4 Otros
- 7 No sabe o no está seguro
- 9 No contesta

AZ3_5 Cuándo se hizo el trabajo dental?

- 1 Durante el año pasado
- 2 Hace más de 1 año pero menos de 2
- 3 Hace más de 2 años pero menos de 5
- 4 Hace más de 5 años pero menos de 10
- 5 Hace 10 años
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 4: Cardiovascular Health – From 2007 Module 6

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud cardíaca o cardiovascular.

{CATI note: If Core Q8.1 = 1 (Yes), ask Q1. If Core Q8.1 = 2, 7, or 9, skip Q1.}

AZ4_1 Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del ataque cardíaco, ¿asistió a algún tipo de programa externo de rehabilitación? En inglés, también se le suele llamar "rehab".

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

{CATI note: If Core Q8.3 = 1 (Yes), ask AZ4_2. If Core Q8.3 = 2, 7, or 9 (No, Don't know, or Refused), Go to AZ5_1.}

AZ4_2 Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del derrame cerebral, ¿asistió a algún tipo de programa externo de rehabilitación? En inglés, también se le suele llamar "rehab".

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 5: Heart Attack and Stroke – From 2007 Module 8

¿Cuáles de las siguientes opciones cree que son síntomas de derrame cerebral? Para cada pregunta, dígame "sí", "no", o "no estoy seguro".

AZ5_1. ¿(Cree que) la confusión o las dificultades repentinas para hablar (son síntomas de un derrame cerebral)? (305)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

AZ5_2. ¿(Cree que) el repentino adormecimiento o debilidad en el rostro, brazo o pierna, particularmente de un lado del cuerpo, (son síntomas de un derrame cerebral)? (306)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

AZ5_3. ¿(Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es síntoma de un derrame cerebral)? (307)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

AZ5_4. ¿(Cree que) el dolor o las molestias repentinas en el pecho (son síntomas de un derrame cerebral)? (308)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

AZ5_5. ¿(Cree que) la dificultad para caminar, la sensación de mareo o la pérdida repentina del equilibrio (son síntomas de un derrame cerebral)? (309)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

AZ5_6. ¿(Cree que) un fuerte dolor de cabeza sin motivo aparente (es síntoma de un derrame cerebral)? (310)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

AZ5_7. Si pensara que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que haría? (311)

Por favor lea:

- 1 Lo/la llevaría a un hospital
- 2 Le diría que llamara a su médico
- 3 Llamaría al 911
- 4 Llamaría a su cónyuge o a algún familiar
- ó
- 5 Haría otra cosa

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

State-Added 6: Folic Acid – from 2006 AZ state-added 5

AZ6_1. Toma actualmente algún tipo de multivitaminas o suplementos que contengan ácido fólico?

- 1 Yes
- 2 No **[Go to AZ6_3]**
- 7 Don't know/Not sure **[Go to AZ6_3]**
- 9 Refused **[Go to AZ6_3]**

AZ6_2. Que tan seguido toma usted estas multivitaminas o suplemento?

- 1__ __ Times per day
- 2__ __ Times per week
- 3__ __ Times per month
- 7 7 7 Don't know / Not sure
- 9 9 9 Refused

AZ6_3. Algunos expertos de la salud recomiendan que las mujeres tomen cuatrocientos microgramos de vitamina B ácido fólico todos los días. Recomiendan esto debido a cual de las siguientes razones?

Please read

- 1 Para fortalecer los huesos
- 2 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la presión sanguínea alta

Or

- 4 Some other reason

Do not read

- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 7: Osteoporosis

La osteoporosis (os-tee-oh-por-o-sis) es una enfermedad en la que los huesos se debilitan y se quiebran (fracturan) más fácilmente. No es lo mismo que la artrosis, que es una enfermedad de las articulaciones.

AZ7_1 ¿Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha informado ALGUNA VEZ que tiene osteoporosis?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 8: Pre-Diabetes – New Questions

{CATI: If core Q5.1=1, go to next section; else continue.}

AZ8_1 ¿Se le han realizado pruebas de detección de glucemia o diabetes en los últimos tres años?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ8_2 ¿Un médico u otro profesional de la salud le ha informado alguna vez que presenta prediabetes o diabetes limítrofe?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure

State-Added 9: Violence – from 2007 Modules 17 and 18

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes tipos de violencia física o sexual. Sabemos que puede ser un tema delicado y es probable que algunas personas se sientan incómodas con estas preguntas. Recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no debe responderlas si así lo desea. Por favor recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que no le formule cualquier pregunta que no desee contestar.

AZ9_consent. ¿Está en un sitio seguro para poder contestar mis preguntas?

(343)

- 1 Yes
- 2 No **[Go to next section]**

AZ9_1 ¿ALGUNA VEZ alguien tuvo relaciones sexuales con usted a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o eso se hizo sin su consentimiento?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ9_2 ¿Alguien ALGUNA VEZ INTENTÓ tener relaciones sexuales con usted a pesar de que usted hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o que no daba su consentimiento, PERO DICHA RELACIÓN SEXUAL NO SE LLEVÓ A CABO?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ9_3 ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ LE AMENAZÓ con violencia física? Por ejemplo, le amenazó con pegarle, empujarle, patearle o herirle de algún otro modo.

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ9_4 ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ INTENTÓ ejercer violencia física contra usted? Por ejemplo, trató de pegarle, empujarle, patearle o herirle de algún otro modo, PERO NO PUDO.

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ9_5 ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ le pegó, empujó, pateó o hirió de algún otro modo?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ9_6 ¿ALGUNA VEZ una persona con quien tenía una relación íntima le obligó a tener relaciones sexuales no deseadas?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

Violence Closing: Comprendo que este tema puede recordarle experiencias pasadas sobre las que tal vez desee hablar. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con una persona especializada en esto, hay un número de emergencia confidencial al que puede llamar gratuitamente para temas de violencia causada por alguien con quien tiene o tenía una relación íntima. Llame al **1-800-799-SAFE (7233)**. ¿Quiere que le repita este número?

Asthma Follow-up Questions

{Arizona will participate in the Adult & Child Asthma Callback survey}

{If s9q1 or s9q2=1 or mod2_1 or mod2_2=1 continue, else go to closing}

{If ADULT only, proceed with ADULT; IF CHILD only, proceed with CHILD; If ADULT AND CHILD, proceed to Asthma Selection}

Asthma Selection: {ASTHMA CALLBACK SELECTION: CHOOSE ADULT OR CHILD. (50% ADULT / 50% CHILD)}

ast1. Desearíamos llamarlo de nuevo dentro de las próximas 2 semanas para hablar más detalladamente sobre las experiencias con el asma (sus experiencias o las de su hijo). La información se utilizará para crear y mejorar programas contra el asma en Arizona.

La información que nos proporcionó hoy y toda información que nos facilite en el futuro será confidencial. Si está de acuerdo, conservaremos su número de teléfono en nuestros registros, en un archivo diferente de las respuestas proporcionadas hoy. Independientemente de que ahora acepte, puede negarse a participar en el futuro. ¿Aceptaría que nos comuniquemos más adelante con usted para formularle otras preguntas relacionadas con el asma?

- 1 Yes
- 2 No **[go to closing]**

{ast2 and ast3 may/may not be included in 2007, pending further analysis of 2006 results}

ast2. Can I please have (**fill-in:** your/your child's) first name or initials so we will know who to ask for when we call back?

- 1 Gave Information
- 9 Refused

ast3. ENTER NAME: _____

Closing Statement

Esta fue mi ultima pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinaran para brindarnos informacion sobre las practicas de salud de la poblacion de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperacion.